

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N° 519

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges ALESTÉ

Ancien Interne de l'Hôpital Civil de Brest

Né le 18 Mai 1912, à Rennes (I.-et-V.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE
APRÈS LIGAMENTOPEXIE
A LA MANIÈRE DE DOLERIS

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges ALESTÉ

Ancien Interne de l'Hôpital Civil de Brest
Né le 18 Mai 1912, à Rennes (I.-et-V.)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'OCCLUSION INTESTINALE AIGÜE
APRÈS LIGAMENTOPEXIE
A LA MANIÈRE DE DOLERIS

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale :	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologique	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) .. Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET. Physiologie.
 DE GENNES Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimental.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . Neurologie et Psychiâtrie
 MÉNÉGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

AIGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique
 HEITZ-BOYER .. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ..... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale,	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER.....	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstetricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAULIEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Mort au champ d'Honneur.

A MA MÈRE

A MON BEAU-PÈRE

*En témoignage de ma profonde
affection et de ma reconnaissance
pour tous leurs sacrifices.*

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUET

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.
Hommage respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ABEL PELLÉ

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Ancien chef de Clinique à la Faculté de Paris
Professeur à l'École de Médecine de Rennes
Chirurgien-Assistant de l'Hôtel-Dieu de Rennes

*Qui nous a inspiré le sujet de ce
travail, nous a guidé de ses Conseils
avec la plus grande bienveillance.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de notre très respectueuse
gratitude.*

A MES MAITRES
A L'HOPITAL CIVIL DE RENNES

MESSIEURS LES DOCTEURS
LE MONIET, LE DAMANY, MARQUIS,
LE GAL LA SALLE, ALPHONSE PELLÉ.

*Dont nous gardons un souvenir
ému pour l'enseignement qu'il nous
ont donné.*

*En témoignage de notre vive re-
connaissance et de notre profond res-
pect.*

A MES MAITRES
DE L'HOPITAL CIVIL DE BREST

MESSIEURS LES DOCTEURS
POULIQUEN, FEUILLARD,
DE LA MARINIÈRE, CORRE, GOUIN.

Respectueusement.

INTRODUCTION

De toutes les interventions se proposant de corriger les rétrodéviations utérines, le procédé de DOLERIS est le plus employé à l'heure actuelle. Imaginée en 1886, la ligamentopexie de DOLERIS est restée assez longtemps ignorée, elle n'est devenue de pratique courante que lorsque GOSSET et FORGUE (1912) en ont montré la supériorité sur les autres méthodes. Nous pouvons rappeler brièvement ses avantages, c'est tout d'abord la facilité de sa technique, la possibilité de traiter en même temps les annexes et de pratiquer l'appendicectomie, la rareté de ses récidives, l'absence de complications obstétricales, qui justifient son succès auprès des accoucheurs, le peu de durée de l'acte opératoire. Les résultats sont excellents : disparition des troubles engendrés par la rétroversion utérine, en particulier la stérilité. C'est une opération logique, physiologique, puisqu'elle se propose de soutenir l'utérus par ses propres ligaments. Et pourtant cette opération séduisante à bien des points de vue n'est pas exempte de suites désagréables. Outre les possibilités de grossesse ectopique, de complications uri-

naires et salpingiennes qu'elle est susceptible de provoquer, elle peut être à l'origine d'une complication plus redoutable encore : l'occlusion intestinale.

C'est BAZY qui le premier, en 1912, fait paraître une étude détaillée de cet accident. Si d'autres chirurgiens (KREUZEMAN, PABELLA, GUGGISBERG) avaient avant lui signalé ce danger et publié quelques observations d'occlusion, c'est à BAZY que revient le mérite d'avoir fait une critique détaillée et complète des pexies utérines. Dans son exposé, il montre que les hystéropexies directes employées couramment à cette époque, aujourd'hui définitivement condamnées par les chirurgiens et les accoucheurs, ne sont pas seules à exposer aux occlusions, mais que la ligamentopexie de DOLERIS réalisait également toutes les conditions pour produire cette complication. BAZY écrivait en manière de conclusion : « Il est très possible que la fixation de l'utérus à la paroi abdominale ne soit pas antiphysiologique pour l'utérus, mais elle l'est pour l'intestin ».

L'année suivante, CABALLERO rapporte un cas d'occlusion intestinale observée par ZABALA à la suite d'un Doleris ; il décrit à ce propos une nouvelle technique de ligamentopexie qu'il a imaginée.

En 1925, KRAFFT publie une observation analogue. L'occlusion d'allure suraiguë entraîne la mort de la patiente. Plus récemment André GUY, dans sa Thèse sur les complications chirurgicales et obstétricales des fixations utérines, mentionne la fréquence des occlusions.

YOVANOVITCH reprend la question dans son ensemble et cite à ce sujet deux observations.

ROUHIER rapporte le cas d'une femme précédemment opérée de Doleris chez laquelle il trouve à l'opération « un système de brides rattachant l'utérus à la paroi ». Il ne s'est pas produit d'occlusion, mais il rappelle à propos de cette opération les dangers possibles de cette ligamentopexie.

C'est à la suite de trois nouveaux exemples observés par les D^{rs} Roger COUVELAIRE et Abel PELLÉ, rapportés à l'Académie de Chirurgie par BAZY, qu'il nous a paru intéressant d'étudier de nouveau cette question et d'y apporter notre modeste contribution.

Nous pensons que cette pexie encore pratiquée couramment aujourd'hui ne présente pas tous les caractères de bénignité qu'on est en droit d'attendre d'une telle intervention.

Dans ce travail nous publierons les observations qui nous ont paru les plus caractéristiques, elles nous permettront d'étudier la symptomatologie de l'occlusion intestinale dans ce cas particulier, et d'en exposer les différentes formes cliniques. Nous envisagerons ensuite les quelques techniques proposées pour éviter l'apparition de tels accidents. Nous insisterons entre autres sur le procédé du P^r Mocquot, que SAZERAC DE FORGE a décrit dans sa Thèse en 1927, procédé qui, par ses multiples avantages, a toute notre faveur.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (R. COUVELAIRE)

M^{me} R..., âgée de 47 ans entre le 23 juin 1936 à l'hôpital pour une violente crise douloureuse, ayant débuté brusquement la veille. Elle siège à l'hypogastre, procède par paroxysmes, s'accompagne de vomissements répétés. L'apyrexie est absolue : 37° ; le pouls rapide et l'état général satisfaisant. L'examen de l'abdomen révèle tout d'abord l'existence d'une cicatrice médiane, sous-ombilicale, témoin d'une laparotomie qui fut pratiquée trois ans auparavant pour remédier par ligamatopexie à une déviation utérine.

Il existe un météorisme localisé à la fosse iliaque droite et un péristaltisme provoqué d'une netteté frappante. A la palpation, l'abdomen est le siège d'une tension élastique, sans contracture pariétale : au-dessus et à droite de la symphyse pubienne, existe une tuméfaction rénitente et douloureuse dont le pôle supérieur se perd dans la fosse iliaque droite et dont le pôle inférieur est accessible dans le cul-de-sac vaginal latéral droit, mieux que par le toucher rectal.

L'arrêt des matières et des gaz est absolu depuis 24 heures. Le syndrome occlusif et l'antécédent opératoire permettent de poser le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë par brides. A l'opération, laparotomie médiane sous-ombilicale. La tuméfaction perçue au palper était la traduction clinique d'une importante dilatation segmentaire de l'intestin grêle

en amont d'une sténose serrée. Une anse grêle s'est engagée entre ligament le rond droit et la paroi abdominale latérale. On perçoit le récessus intervésico-utérin, la coloration violette du segment intestinal incarcéré. Section du ligament rond avec prudence, entre deux ligatures.

Il est dès lors possible d'examiner l'anse iléale étranglée : elle est de teinte si foncée et les lésions sont si prononcées au niveau du collet d'étranglement que la réintégration semble de prime abord périlleuse. Cependant le méso nourricier est peu altéré. On sent battre les artères jusqu'au bord intestinal, et sous l'heureuse influence du sérum chaud, l'anse reprend lentement meilleur aspect et son activité péristaltique normale.

On s'aperçoit que l'autre ligament rond ménage avec la paroi abdominale latérale une fente étroite comparable à celle qui a permis du côté droit la constitution d'une hernie interne étranglée. Aussi sectionne-t-on la bride rigide que forme le ligament rond gauche. Et comme l'utérus n'a aucune tendance à basculer en arrière, on juge inutile d'envisager un temps opératoire complémentaire. Guérison simple.

OBSERVATION II (R. COUVELAIRE)

M^{me} P... 37 ans, a subi en juin 1932 une laparotomie médiane (sous-ombilicale), temps complémentaire d'une colpopérinéorraphie exécutée pour traiter un prolapsus génital. Nous sommes appelés auprès d'elle en juillet 1933 parce qu'elle a ressenti onze heures auparavant une brusque crise douloureuse hypogastrique accompagnée de vomissements bilieux et parce que depuis ce moment persistent des coliques douloureuses évoluant par intermittences de plus en plus rapprochées. L'arrêt des matières et des gaz est absolu. Le pouls est bon, la température normale. A l'examen de l'abdomen on note une cicatrice suspubienne, un

ballonnement hypogastrique assez exactement médian. On assiste à une colique douloureuse qui coïncide avec l'apparition d'un péristaltisme très frappant. Le diagnostic d'occlusion intestinale est net jusqu'à l'évidence. Opération immédiate. L'abdomen est ouvert avec prudence, on découvre immédiatement une anse iléale très dilatée qui s'engage dans un orifice pré-utérin. Cet orifice est limité à gauche par le ligament rond sans qu'il soit possible d'affirmer ce qui le limite à droite, étant donné la situation de l'anse dilatée qui masque le ligament large droit. Section du ligament gauche entre deux ligatures. Il est dès lors très facile d'extérioriser doucement l'anse incarcérée. Elle présente des lésions congestives qui s'estompent sous l'influence du sérum chaud. Elle était étranglée dans une sorte de récessus pré-utérin et rétrovésical limité latéralement par les ligaments ronds. L'attache pariétale du ligament rond droit est sectionnée à son tour. L'utérus n'a pas tendance à basculer dans le Douglas. Cependant, l'extrême profondeur de celui-ci incite à le cloisonner par trois bourses successives. Guérison.

OBSERVATION III (Abel PELLÉ)

Le 4 juillet 1937 nous sommes appelés par le Dr DUPONT auprès d'une malade qui depuis une heure se plaignait d'atroces coliques abdominales. Nous nous trouvons en présence d'une femme de 34 ans en proie à de violentes crises douloureuses. Le maximum d'intensité se trouve un peu à droite et à la partie basse de l'abdomen. Un vomissement alimentaire est déjà apparu. A l'examen de cette malade au facies angoissé, on trouve un abdomen qui porte la trace de deux cicatrices. L'une sus-ombilicale, témoin d'une pylorectomie pratiquée il y a un an., l'autre sous-ombilicale datant de deux ans, époque à laquelle M^{me} G... aurait été

opérée pour une rétroversion. L'abdomen n'est pas ballonné, mais on découvre une nette voussure de la paroi qui soulève la peau de la fosse iliaque droite. Cette voussure est tendue, sonore, très douloureuse. On voit s'ébaucher quelques ondulations péristaltiques. Il n'y a pas température, le pouls est à 90. On pose de suite le diagnostic d'occlusion intestinale aiguë. A l'intervention, on ouvre le péritoine et on tombe de suite sur l'anse intestinale distendue qui formait voussure. Un examen prudent nous permet d'arriver sur deux brides fibreuses attachant l'utérus à la paroi, qui ne sont autres que les deux ligaments ronds. Nous sommes surpris de constater que l'intestin s'engage dans un hiatus limité en avant par la paroi abdominale, en arrière par le fond du corps utérin et latéralement par les deux brides ligamentaires. Après avoir élargi cet orifice, nous arrivons sans peine par une traction lente à retirer une anse grêle longue de 20 centimètres environ qui avait pénétré dans cet hiatus et déterminé l'occlusion à début si brutal. Nous constatons qu'il existe un véritable cul-de-sac pré-utérin formant une cavité profonde entre la paroi et l'utérus. Cette cavité communique largement de chaque côté par deux nouveaux orifices avec la grande cavité abdominale. Nous expliquons ainsi facilement la formation du diverticule pré-utérin et la pathogénie de l'occlusion intestinale qui se présente comme un véritable étranglement interne.

Nous réséquons les deux ligaments ronds entre les deux ligatures et nous constatons que l'utérus n'a aucune tendance à la rétroversion. Les suites opératoires sont normales.

OBSERVATION IV (Mossé)

M^{me} H..., 28 ans, vient consulter pour douleurs dans le bas ventre. A l'examen, rétro-déviation utérine. Le 16 fé-

vrier on pratique une ligamentopexie de Doleris. Le 22 crise de sub-occlusion avec vomissements répétés. Pouls rapide léger ballonnement abdominal et douleur. Pas de mouvement péristaltique, le 23 même état. Réintervention. On trouve un intestin gros rouge, avec quelques fausses membranes. — TRENDELENBURG. On constate une occlusion intestinale par étranglement d'une anse grêle qui est passée entre l'anneau constitué par le dôme utérin en arrière, la paroi en avant et l'origine des ligaments ronds sur le côté. On coupe les fils qui fixent le ligament rond droit et on retire l'anse étranglée qui redevient rouge. Mickulicz. Guérison.

OBSERVATION V (KRAFFT)

M^{me} D..., 35 ans. Opérée en mars 1922 pour rétroflexion utérine mobile et douloureuse. Opération de Doleris. En janvier 1925, douleur dans le ventre à gauche et douleur en urinant, sans vomissement. Le diagnostic porté est celui de pyélocystite. Traitement : urotopine, morphine. Le 15 et le 16 la malade continue à avoir mal au ventre, elle a des gaz et ne vomit pas. L'abdomen est souple, légèrement sensible à gauche. L'urine est trouble et l'examen montre des globules de pus. La nuit est calme, le 17 au matin, quelques vomissements, l'état général, devient brusquement alarmant et le pouls est filant. La malade fait un collapsus brusque et meurt dans l'après-midi. Le lendemain matin, à l'autopsie on trouve des anses intestinales ballonnées. Dans le petit bassin, on voit un magna d'anses intestinales de couleur violacée, rougeâtre et un paquet d'anses intestinales du grêle qui s'est introduit dans la fente entre l'utérus et la paroi abdominale. Infarctus de la mésentérique sur plus de 1 mètre de long ;

OBSERVATION VI (YOVANOVITCH)

M^{me} W. H..., rétroversion mobile et douloureuse. Opération le 8 mai 1923. Ligamentopexie par le procédé de Doleris. Suite opératoire : très légère phlébite. La malade quitte l'hôpital le 17 juin. Bonne santé jusqu'au 1^{er} juillet 1923. A partir de cette date, crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, digestion pénible, température entre 37° et 38°. La malade est de nouveau admise à l'hôpital le 14 juillet. Elle ne souffre plus, mais vomit absolument tous les aliments qu'elle prend, quelques minutes après les avoir absorbés. Le 17, pas de gaz depuis 24 heures, les vomissements s'accroissent, le ventre se ballonne, l'état général s'altère. Réintervention le 17 juillet : laparotomie sous-ombilicale. On se rend compte qu'une anse jéjunale est engagée dans l'orifice compris entre l'utérus, les ligaments ronds et la paroi. Elle a été coudée en un point, mais ne présente aucune trace de lésion inflammatoire, elle est dilatée en amont, affaissée en aval. L'anse efférente contient un liquide coloré sanguinolent. On explore l'utérus qui est normal, et les annexes qui sont saines. Fermeture de la paroi en deux plans. Guérison.

OBSERVATION VII (YOVANOVITCH)

M^{me} L..., 31 ans. Opérée le 2 novembre 1933 pour rétroversion irréductible. Les suites sont normales. Le 14 décembre 1933, soit 6 semaines après l'opération, la malade est amenée d'urgence pour un syndrome douloureux abdominal aigu. Elle a été prise brusquement de coliques violentes, elle a vomi à plusieurs reprises, elle n'a pas émis de gaz depuis 15 heures. A l'examen le ventre est plat et douloureux : à gauche de l'ombilic, on voit un petit météo-

risme bien localisé avec reptation des anses à ce niveau, réintervention d'urgence. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On se rend compte qu'une grande partie de la masse de l'intestin grêle a pénétré dans le petit bassin en passant dans un orifice constitué par le ligament rond gauche et la paroi abdominale antérieure. On ne peut agrandir par distension l'orifice, le ligament rond gauche faisant une corde inextensible. On sectionne alors le ligament rond gauche au niveau de sa pénétration opératoire dans la paroi abdominale antérieure. On arrive ainsi à extérioriser les anses étranglées au niveau du collet. Il existe un aspect subnormal de l'intestin grêle, mais encore une ecchymose juxta-intestinale des dimensions d'une pièce de 20 francs. Après l'épreuve au sérum chaud, l'intestin se montre non lésé et on le repose sans résection. On sectionne ensuite le ligament rond droit ; puis on libère le fond utérin de la paroi abdominale antérieure. Fermeture de la paroi en trois points. Les suites sont normales.

OBSERVATION VIII (MICHEL)

M^{me} X..., 35 ans, a été opérée pour rétroversion interne. Son mari rapporte que dans les suites immédiates de l'opération, elle a présenté des phénomènes d'occlusion intestinale ; que le chirurgien a jugé nécessaire de réintervenir et de faire une fistule sur l'intestin. Pas d'amélioration.

Appelé auprès de cette malade, je la trouve dans un état de dénutrition très marqué. L'intervention s'imposait. A l'opération j'ai trouvé un ligament rond inclus dans la paroi, une anse grêle a été entraînée et attirée avec l'un des ligaments ronds. Elle a été incarcérée dans la paroi, d'où occlusion intestinale ayant entraîné la fistulisation. Après résection de la partie exclue de l'intestin, je fais une anastomose termino-terminale facile à réussir. Guérison.

OBSERVATION IX (DE GROT)

Le 5 novembre vers minuit nous sommes appelé en consultation auprès d'une personne de 47 ans qui se promenant dans la ville l'après-midi avait été prise d'une douleur dans l'hypogastre. Rentrée chez elle, elle continue à souffrir. Elle ne vomit qu'une fois. Quelques années auparavant, un confrère avait fait « une petite opération sur l'utérus ». A l'examen, facies un peu pâle. L'abdomen ne présente pas de défense musculaire. Il n'y a pas d'ascite, pas de mouvements péristaltiques. Au-dessus de la symphyse, résistance douloureuse, lisse, de forme convexe avec un bombement s'étendant à droite. Le toucher permet de palper une tumeur molle en avant et au-dessus de l'utérus s'étendant à droite vers le Douglas. Elle est molle, douloureuse, peu mobile. A l'opération, l'exploration montre deux anses de l'intestin grêle formant un ensemble convoluté, qui se continue vers la droite en bas entre l'utérus et la paroi du bassin jusque dans le cavum du Douglas. Les anses intestinales forment un volvulus et sont légèrement nécrotiques. Nous pratiquons une résection de l'intestin grêle d'une longueur de 60 centimètres avec anastomose latéro-latérale. Guérison.

OBSERVATION X (PRAT)

M^{me} S... 60 ans. Prolapsus utérin. Le 20 janvier 1925, rachi-anesthésie, colpopérinéorraphie et laparotomie pour Doleris. Appendicectomie. Le 3 mars 1927, brusquement apparaissent des douleurs abdominales avec vomissements : le diagnostic porté est celui de coliques hépatiques, la malade ayant présenté quelques années auparavant de nombreuses crises. Le 7 mars vomissements fécaloïdes, poids 140,

dyspnée, extrémités refroidies, ventre ballonné sans défense. Diagnostic : Occlusion par calcul biliaire probable. Etat grave, la malade n'est pas opérée. Le lendemain, amélioration. A l'opération, la vésicule ouverte permet l'ablation de trois cailloux, mais là n'est pas la manière de l'occlusion. A l'exploration de l'abdomen une anse grêle adhère à la région génitale. Libération. Une autre anse grêle est incarcérée dans l'hiatus utéro-pariétal du Doleris ancien. Libérée, cette anse apparaît gangrénée et près de se perforer. Résection, anastomose au bouton. Mort le soir par toxémie.

OBSERVATION XI (GUGGISBERG)

Une femme de 26 ans, de faible constitution, a été opérée en février 1910 pour rétroversion utérine mobile s'accompagnant de douleurs typiques. Opération de Doleris. Les douleurs disparaissent. L'utérus est en bonne antéversion. Les règles sont devenues normales. Grosse amélioration. Le 22 juin 1910, la malade est amenée dans un état désespéré à l'hôpital. Il y a un mois les douleurs ont commencé à réapparaître dans la région iléo-cæcale, avec de fréquentes envies de vomir. Les douleurs se sont accentuées ces jours derniers. Le 22 juin dans l'après-midi, au cours d'une promenade, cette femme fut prise d'une douleur abdominale intense. Elle rentre péniblement chez elle. Les vomissements sont fréquents, rétension complète des gaz. Amenée d'urgence à l'hôpital, la malade s'y présente ainsi : les traits du visage sont tirés, angoissés. La langue est sèche, le pouls est à 130-140, filiforme. La température à 38°5. L'abdomen est plat, il n'y a pas de mouvements péristaltiques. A la percussion, météorisme. Lorsqu'on palpe la région iléo-cæcale, on réveille une douleur assez vive. Le diagnostic hésite entre perforation et iléus. Laparotomie.

Après ouverture du péritoine, on tombe sur une anse grêle très dilatée, violacée, d'une longueur de 30 centimètres. On constate que l'intestin s'est engagé dans un orifice situé entre le fond utérin, la paroi abdominale, les deux ligaments ronds, et s'était enroulé de plus autour du ligament rond droit.

L'anse n'est pas gangrénée, les mouvements péristaltiques sont conservés. L'anse est reposée telle quelle. Guérison.

CONSIDÉRATIONS CLINIQUES

A l'appui des observations que nous venons de citer, nous avons l'intention de relever les conditions dans lesquelles éclatent les accidents, de dégager les symptômes qu'ont présentés ces malades, et de les exposer. Nous pourrions avoir ainsi un tableau clinique aussi précis que possible de l'occlusion intestinale survenant après ligamentopexie de Doleris.

Nous avons vu, grâce à ces observations, que la symptomatologie de cette complication ne diffère en rien des signes habituels de l'étranglement intestinal. Aussi le diagnostic en est-il, en général, facile. « L'apparition chez une malade opérée de Doleris, de signe en faveur d'une occlusion, doit faire penser à l'incarcération d'une anse grêle, et commander l'intervention d'urgence ». Cependant le D^r AUBERT rapporte l'observation d'un cas d'ileus mécanique environ six mois après une ligamentopexie chez une malade à laquelle il avait réséqué l'ovaire droit, mais à l'opération l'anse fut trouvée adhérente audit ovaire, et le Doleris ne pouvait être incriminé. Quoiqu'il en soit il faut s'en tenir à l'axiome formulé ci-dessus : des

erreurs de diagnostic auraient été certainement évitées (Confér. Observation V et X).

Date d'apparition de l'occlusion.

Elle est des plus variable, celle-ci pouvant éclater dès les premiers jours de l'opération, quelques semaines, quelques mois, quelques années après. Aucune règle fixe à cet égard. Nous pouvons schématiquement distinguer :

Des accidents immédiats qui éclatent dans les heures ou dans les jours qui suivent l'intervention.

Les accidents précoces, survenant quelques mois après le Doleris.

Les accidents tardifs assez fréquents, apparaissant un an, deux ans et même quinze ans après, le plus souvent constatés.

Si les accidents éclatent dans les jours qui suivent la ligamentopexie, il faut les différencier des phénomènes de sub-occlusion post-opératoires.

YOVANOVITCH écrivait récemment : dans un cas que nous avons observé, l'occlusion s'est déclarée le jour même de l'intervention, on a perdu cinq jours pour débloquer l'intestin par les moyens médicaux, et l'autopsie a montré l'incarcération d'une anse entre l'utérus et la paroi.

Il y a eu confusion probable avec l'occlusion post-opératoire qui se manifeste par des symptômes tout aussi alarmants, mais qui tournent court sous l'in-

fluence de la thérapeutique médicale habituelle en pareil cas, vers le 3^e ou 4^e jour.

Nous en avons encore constaté un exemple dans l'observation 4, dans laquelle nous voyons les accidents de sub-occlusion apparaître six jours après le Doleris. La malade a été réopérée le lendemain même avec succès.

Des onze observations que nous avons recueillies, nous en trouvons sept dans lesquelles l'occlusion se déclare plus d'un an après la réduction de la rétroversion. C'est le cas, entre autres, des malades de Roger COUVELAIRE et de Abel PELLÉ.

Évolution des Accidents

Ces occlusions par étranglement interne peuvent évoluer, soit d'une façon brutale, soit se développer plus ou moins lentement. Nous considérerons donc :

- des accidents aigus,
- des accidents subaigus.

FORME AIGÜE. — C'est la plus fréquente, les observations de Roger COUVELAIRE et d'Abel PELLÉ sont caractéristiques à ce sujet et peuvent être prises pour type.

C'est une femme qui est prise brusquement d'une douleur violente dans la région hypogastrique, douleur continue, présentant des paroxysmes pouvant être très pénibles. Ces douleurs s'accompagnent de vomissements alimentaires, quelquefois même

d'emblée ils sont bilieux. L'arrêt des gaz et des matières est fréquent, sans être constant : en général, l'arrêt des gaz est précoce. Le facies de la malade est anxieux, altéré. Le pouls est accéléré, la température est normale, ou légèrement abaissée. point important pour les diagnostics difficiles à trancher. A l'examen, on relève sur l'abdomen l'existence d'une cicatrice médiane sous-ombilicale, témoin de la laparotomie pratiquée précédemment pour la ligamentopexie. Le ventre est ballonné, tendu, non contracturé. Dans la région hypogastrique, siège de la douleur, on constate souvent une tuméfaction allongée, rénitente, sensible à la palpation, que l'on peut voir animée de mouvements péristaltiques.

Si l'évolution se prolonge, l'état général s'altère rapidement, les vomissements fécaloïdes apparaissent (observation X), le pouls devient petit et filant, et la dyspnée toxique précède la mort de près.

L'occlusion ne présente pas toujours un tableau clinique aussi simple et des erreurs de diagnostic ont pu être commises. Les anamnèses ont égaré le diagnostic (observation X), les douleurs, les vomissements faisant penser à une colique hépatique, chez une malade ayant eu de nombreuses crises auparavant. Chez la malade de KRAFFT (observation V), des symptômes urinaires associés ont masqué l'occlusion. Il faut encore noter chez cette malade, la rapidité de l'évolution des accidents amenant une mort foudroyante. DE GROOT n'a porté son diagnostic qu'à l'intervention. En général celui-ci est aisé à faire, facilité sur-

tout par la connaissance de l'opération précédente.

FORME SUBAIGUË. — Celle-ci évolue le plus souvent par poussée vers l'occlusion complète. On peut donc considérer schématiquement :

Une période de début qui se manifeste également par des vomissements, des troubles digestifs, des crises douloureuses abdominales. On peut noter un état sub-fébrile. Cette phase s'échelonne sur une période qui peut atteindre deux semaines.

Une période d'état, les vomissements s'accroissent, l'état général s'aggrave, le ventre se ballonne, il n'y a plus d'émission de gaz. L'intervention ne peut plus être différée plus longtemps. Cf. observations IV et VI.

En résumé, la symptomatologie est classique, et ne présente rien de particulier. Le diagnostic s'impose le plus souvent. Il faut cependant noter que les suites opératoires des ligamentopexies sont souvent orageuses, se manifestent par des douleurs abdominales, par des vomissements, par un arrêt des matières et des gaz : ces troubles occlusifs post-opératoires doivent être différenciés de l'occlusion vraie. Le traitement nous aidera à trancher le diagnostic. Si les signes ne s'amendent pas sous l'influence du sérum chloruré hypertonique, du lobe postérieur d'hypophyse, de l'ésérine, il faut réintervenir.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous aborderons dans ce chapitre l'étude des lésions constatées au cours de l'intervention. Cet examen nous semble du plus grand intérêt, car il nous permettra de démontrer la corrélation qui existe entre l'occlusion intestinale et la ligamentopexie primitive.

Nous serons aidés dans ce travail par les commentaires très détaillés que comporte la plupart de nos observations. Reportons-nous aux comptes rendus opératoires de l'observation III de Roger COUVELAIRE. « L'anse était étranglée dans une sorte de recessus pré-utérin et rétrovésical limité latéralement par les ligaments ronds ». Ainsi l'agent d'étranglement est représenté par un collet limité par les deux ligaments ronds tendus entre la corne utérine et le trajet pariétal, par la paroi abdominale en avant, l'utérus en arrière. C'est dans cet anneau que se produisent la plupart des étranglements (Cf. Observation III, d'Abel PELLÉ).

Mais le danger ne réside pas uniquement dans la présence de cet orifice ainsi qu'en témoigne l'observation I (de René COUVELAIRE) qui rapporte que l'anse

s'est engagée entre le ligament rond et la paroi abdominale.

Ainsi il existe symétriquement deux collets latéraux limités chacun par la paroi abdominale et la partie externe du ligament rond.

BÖHM, FELDORF, CAFFIER ont également noté cette disposition.

Plus rarement, on ne trouve plus de collet et l'agent d'étranglement est représenté par une bride médiane volumineuse, tendue de la face antérieure de l'utérus à la face profonde de la paroi abdominale. Les ligaments ronds, au lieu de délimiter entre eux un anneau médian, s'accollent l'un à l'autre pour constituer cette bride, ainsi que l'a expliqué BAZY.

Nous signalerons que MICHEL a vu l'anse intestinale suivre le ligament rond dans son trajet intra-pariétal. Le collet est représenté par la boutonnière musculaire, et l'étranglement est intramural.

Ainsi l'inclusion intra-pariétale des ligaments ronds détermine la constitution de trois orifices étroits à bords rigides, qui conduisent dans une vaste cavité inter-vésico-utérine. Ces anneaux, nous l'avons constaté, peuvent jouer le rôle de collet, créant toutes les possibilités d'une incarcération intestinale.

ROUHIER, dans un article récent, a publié l'observation d'une malade qui confirme bien cette « possibilité d'occlusion ». Il s'agit d'une femme opérée par lui pour ménorragies abondantes et qui avait subi trois ans auparavant une hystéropexie. Il découvre « entre les anses intestinales, un système de cordons

arrondis se réunissant en anses au-devant de l'utérus. Du sommet de cette anse, part une bride fixée à la paroi abdominale antérieure au niveau de la lèvre gauche de cette incision. Ainsi, trois mailles forment une sorte de réticulum s'étendant dans la région vésico-utérine ; la première entre le corps de l'utérus et l'anse de réunion des ligaments ronds ; les deux autres entre cette anse de réunion et la paroi abdominale, de part et d'autre de la bride de fixation pariétale médiane ». Il ne s'est pas produit d'occlusion, mais l'intestin s'engageait par moment dans l'un de ces anneaux, formant une masse molasse et élastique, que l'on sentait au toucher à l'examen de cette malade.

L'ANSE INTESTINALE. — Tous les mécanismes d'occlusion sont possibles. Le plus souvent l'anse s'engage entre les ligaments ronds : il y a compression de l'intestin, mais celui-ci peut de plus se couder et s'enrouler même autour d'un des ligaments ronds, tel que l'a observé GUGGISBERG. DE GROOT cite un cas de volvulus (observation IV). Lorsque les ligaments accolés forment une bride, le grêle peut également s'engager sous cette bride ou se couder sur elle.

L'anse étranglée passe par les trois stades classiques de congestion, d'ulcération et de gangrène. D'abord congestionnée, elle est dilatée, violacée, tendue. Lorsque l'agent de striction est enlevé, elle reprend rapidement sa coloration normale, ses mouvements péristaltiques. Si les accidents se prolongent, l'intestin

deviendra noirâtre, terne, couvert de fausses membranes : au niveau du collet se trouve une ulcération, amorce d'une perforation toujours à craindre. Dans un dernier stade, l'intestin est gangrené et doit être réséqué (Observations IX-X).

THÉRAPEUTIQUE

Nous envisagerons successivement le traitement curatif de l'occlusion déclarée, et le traitement prophylactique qui retiendra davantage notre attention.

Traitement curatif

Il n'y a qu'une solution thérapeutique à envisager : c'est l'intervention chirurgicale. Si elle est précoce, les suites opératoires sont toujours favorables (Obs. I, II, III) ; si elle est tardive, lorsque la méconnaissance de ce mécanisme d'ileus a fait différer l'intervention, les résultats obtenus sont beaucoup plus incertains : la guérison n'ayant été acquise, dans les cas les plus favorables qu'à la suite de résection large du grêle.

Nous exposerons rapidement la technique opératoire. Incision : Laparotomie médiane sous-ombilicale, au niveau de l'ancienne cicatrice que l'on résèque. L'ouverture du péritoine sera prudente, car il y a toujours risque de léser l'intestin distendu. On tombe immédiatement sur l'anse dilatée. L'obstacle

est aisé à trouver. Sa recherche est encore facilitée, si grâce aux anamnèses, le diagnostic étiologique a été porté. Le collet étant atteint, on le sectionne entre deux pinces. L'intestin libéré, il est possible d'examiner et d'apprécier ses lésions. Simplement congestionnée, l'anse sera laissée telle qu'elle : ulcérée, noirâtre, flétrie, elle sera réséquée. Entre ces éventualités extrêmes, il y a des cas limites où l'on pourra hésiter : une épreuve simple permettra d'apprécier son intégrité : elle consiste à envelopper le grêle dans une compresse imbibée de sérum tiède : si sous cette influence l'intestin reprend son aspect normal, et retrouve ses mouvements péristaltiques, s'il retrouve sa vitalité, on le conserve. Dans le cas contraire, on est obligé de réséquer, mais c'est une opération choquante, d'autant plus que l'état général de la malade est déjà altéré ; l'opérée de PRAT n'a pas survécu à une telle opération. La technique de la résection intestinale ne présente aucune particularité. Pour rétablir la continuité de l'intestin, on a recours soit à l'entérorraphie termino-terminale, soit à l'entérorraphie latéro-latérale.

Jusqu'ici, rien d'original dans cette intervention. L'occlusion ayant été levée, le chirurgien doit mettre la malade à l'abri d'un nouvel accident : c'est pourquoi il doit prendre soin de sectionner le deuxième ligament rond : mais l'utérus n'est plus fixé, il peut de nouveau basculer dans le Douglas. Il faut donc avant d'achever l'opération écarter le risque d'une récurrence de la rétroversion. Il arrive d'ailleurs que

l'utérus ne manifeste plus cette tendance à se rétrofléchir (Obs. I, II, III). On laisse les choses telles qu'elles sans prolonger inutilement l'acte opératoire. COUVELAIRE cependant ayant constaté (Obs. II) un Douglas anormalement profond, le cloisonne par trois bourses successives.

Quelques chirurgiens profitent des ligaments ronds sectionnés pour faire une nouvelle ligamentopexie, suivant une technique différente du Doleris : ils adoptent la seule possible, celle de BALDY-DARTIGUES qui consiste, comme nous le verrons plus loin, à lier les deux pédicules en arrière de l'utérus, en lui constituant ainsi une sorte de sangle de soutien.

Quant aux rétroversions qui semblent rebelles, certains auteurs (les Allemands en particulier) n'hésitent pas à pratiquer et à conseiller l'hystérectomie sub-totale.

Traitement Prophylactique

Les considérations prophylactiques méritent de plus longs commentaires. Comment écarter le risque d'étranglement après ligamentopexie de Doleris ? Pour répondre à cette question, il nous semble utile de rappeler d'abord la technique du Doleris ; il nous sera ainsi possible d'en faire la critique en exposant ses points faibles. Nous verrons comment on peut remédier à ses défauts.

TECHNIQUE DU DOLERIS. — Après laparotomie sous-ombilicale, libération des adhérences et redressement de l'utérus, on pratique en ponctionnant au bistouri de chaque côté de la ligne médiane un orifice traversant l'aponévrose, le muscle Grand Droit et le péritoine. On passe une pince dans cette boutonnière pour saisir le ligament rond à cinq centimètres de la corne utérine puis on l'attire à travers ce tunnel, véritable canal inguinal artificiel, jusqu'à l'extérieur où il vient former une anse régulière. Même manœuvre du côté opposé. Les deux anses ligamentaires sont alors suturées l'une à l'autre et aux tissus musculo-aponévrotiques avoisinants. Elles doivent être saisies et placées très symétriquement et extériorisées également pour que le fond de l'utérus « ne louche pas ».

CRITIQUE. — La fixation des ligaments ronds à paroi abdominale détermine la formation de trois anneaux étroits, à bords rigides, conduisant dans une vaste cavité inter-utéro-vésicale, l'un est médian, c'est celui qui est compris entre les deux ligaments ronds, l'utérus et la paroi abdominale. C'est, nous l'avons vu, l'agent d'étranglement le plus fréquent. Les deux autres, latéraux et symétriques, sont situés sur le bord externe de chacun de ces ligaments. Ces trois orifices créent une disposition fâcheuse et les exemples d'incarcération intestinale ne manquent pas.

Le chirurgien doit donc avoir pour objectif essentiel, tout en améliorant la situation de l'utérus, par action sur les ligaments ronds, d'empêcher ces orifices

de jouer le rôle de collet d'étranglement. PALMER et DAVID ont cherché à déterminer les facteurs susceptibles de favoriser l'apparition de l'étranglement intestinal.

Ce sont : la hauteur exagérée de la fixation qui creuse dangereusement la fosse vésico-utérine, normalement souple et large, et qui transforme les ligaments ronds éléments de direction, en éléments de suspension utérine. Ceux-ci deviennent alors fibreux et rigides et d'autant plus dangereux.

Ensuite une fixation de trop près, qui, loin d'éviter le risque d'incarcération l'augmente. Elle crée un étroit couloir inter-utéro-pariétal, propice au pincement de l'intestin. Nous en avons un exemple dans les observations d'OLSHAUSEN et GUGGISBERG, où l'on avait fixé à la paroi l'origine même du ligament rond. Cette fixation présente en outre l'inconvénient de couder la trompe, ce qui peut être à l'origine des douleurs, de stérilité, de grossesses tubaires.

Enfin la fixation trop médiane, qui aboutit à la constitution d'un petit orifice triangulaire et rigide, ou bien à l'accolement des ligaments ronds et à la formation d'une bride médiane épaisse.

Les précautions à prendre sont les suivantes :

Pour éviter le risque d'étranglement intra-pariétal (Obs. VIII) il faut prendre soin de pratiquer un orifice de petite dimension, de fermer méticuleusement cet orifice autour du ligament.

Le risque d'étranglement dans les fentes latérales sera paré en oblitérant par quelques points à droite

et à gauche, l'anneau étroit ainsi créé (FJELBORG, NOVACK, CAFFIER) ou bien de hâler progressivement tout le segment externe du ligament rond jusqu'à l'effacement total des fentes (JAYLE).

Il est beaucoup plus malaisé d'écarter le risque d'étranglement dans l'orifice médian inter-utéro-pariëto-ligamentaire. GUGGISBERG a proposé d'oblitérer le cul-de-sac vésico-utérin. En réalité il semble qu'il suffise de conserver à la fosse vésico-utérine ses caractères normaux de dépression large et souple. Pour cela il est nécessaire de pratiquer l'orifice pariétal de passage, au delà du muscle Grand Droit de l'abdomen. La fossette pré-utérine, inévitable, est ainsi assez large et assez souple pour que, si l'intestin s'y engage, il n'ait pas plus tendance à s'y étrangler que dans le Douglas normal.

On améliore donc la technique du Doleris en saisissant les ligaments ronds à 5 ou 6 centimètres de leur insertion utérine. Ils seront inclus dans la paroi abdominale à 2 centimètres au plus au-dessus de la symphyse pubienne, en dehors des Grands Droits.

Cette dernière condition a donné naissance à de nombreux procédés.

CAVALLERO procède ainsi : Les ligaments repérés, et les gaines Droits ouvertes, une pince mousse glisse entre le muscle et le feuillet antérieur de la gaine jusqu'à toucher l'angle externe de celle-ci, facile à reconnaître à cause de la résistance qu'elle offre, puis on pique dans la profondeur, de façon à achever de perforer sa paroi, non loin de l'orifice interne du canal

inguinal, et vient saisir les ligaments au point repéré.

ROUHIER et Pozzi ont employé fréquemment cette technique, mais ils ont démontré que ce procédé est en réalité un Doleris trans-musculaire très externe. La pince bute contre un faisceau contracturé du Droit et non contre la gaine externe. Aussi y a-t-il un risque dans le procédé de CABALLERO, c'est la blessure des vaisseaux épigastriques.

PELLANDA emploie l'incision de Pfannestiel, passe nettement en dehors des Droits en perforant la fossette inguinale moyenne. On lui a reproché l'inconvénient suivant : la paroi abdominale est effondrée au niveau de son point faible, entre les ligaments de HENLÉ et de HASSELBACH, d'où danger de pointe de hernie directe.

En réalité, les D^{rs} COTTE et BERTRAND, sur deux mille fixations ligamentaires effectuées suivant la technique de Pellanda-Doleris, n'ont jamais observé le moindre accident consécutif.

ROUHIER a cherché sur les cadavres s'il n'existait pas un lieu d'élection « où le passage du ligament rond serait à la foi facile, suffisamment fixe pour permettre une technique uniforme et sans danger, avasculaire, assez externe qu'il ne fût pas créé de fossette étroite, pas assez pour qu'il fût nécessaire d'exercer sur le ligament des tractions trop fortes ». Un tel endroit existe. Il est situé entre les deux tendons d'insertion du muscle droit au pelvis. Un fascicule adipeux épais indique la place de cet interstice situé éga-

lement au bord externe du muscle Pyramidal, toujours nettement développé chez la femme. Cette interstice est situé à bonne distance dans le sens transversal, à bonne distance dans le sens vertical pour redresser l'utérus de façon conforme à nos propositions. Enfin cet espace est nettement avasculaire, il n'y a aucun risque de blesser les vaisseaux épigastriques.

Pour pratiquer cette opération l'incision de Pfannestiel est nécessaire : elle ne présente que des avantages, elle permet de trouver la bonne place de la boutonnière, d'éviter une cicatrice visible, elle restitue à la paroi une solidité toute particulière en permettant de rabattre le rideau aponévrotique d'un seul bloc au-devant des Droits.

On réunit les deux ligaments attirés au devant des Droits l'un à l'autre par deux ou trois points.

Il n'en est pas de même dans le procédé du Dr DOUAY dont M. GHUROFF a exposé dans sa thèse la technique : Incision de Pfannestiel, appendicectomie, vérification des annexes, libération des adhérences, dissection de la fossette inguinale moyenne en dehors du bord externe du Grand Droit.

En dedans de l'artère épigastrique bien visible, on passe une pince de Kocher qui va à la recherche du ligament rond précédemment repéré. Celui-ci est attiré au dehors de la cavité abdominale. On cherche l'arcade de FALLOPE, il ne reste plus qu'à fixer le ligament rond à cette bandelette résistante. Pour éviter de délabrer cette fossette inguinale moyenne,

zone déjà faible, on suture le petit oblique, et le transverse au bord du grand droit, en prenant dans le même fil le ligament rond.

Les résultats de ces opérations sont excellents et suppriment tout danger d'occlusion. Aucun accident de cet ordre n'a été signalé lorsque l'une de ces techniques a été employée.

BONAMY par contre fait remarquer que « dans tout procédé d'hystéropexie par fixation du ligament rond à la paroi », il y a toujours un orifice par où une anse intestinale pourra s'étrangler.

Aussi de nombreux chirurgiens ont-ils recours à d'autres procédés qui mettent leurs opérées à l'abri d'un tel accident. Ces techniques cherchent à réduire la rétroversion utérine uniquement par le raccourcissement du ligament rond sans fixation de ceux-ci à la paroi. Il en est ainsi dans le procédé de BALDY-DARTIGUES l'un des plus anciens que MÉRIEL et RIENAU ont avantageusement modifié :

Après laparotomie médiane, le corps utérin est soulevé et reposé en avant au moyen d'un hystérolabe. Une pince de Kocher transfixe l'aileron postérieur du ligament large dans une zone avasculaire et va chercher le ligament rond à sa partie médiane. Celui-ci est ramené en arrière, la même manœuvre est exécutée du côté opposé, les deux anses ligamentaires sont liées à la face postérieure de l'utérus de la façon suivante : elles sont étalées de façon à leur donner une forme triangulaire. Ces deux triangles sont accolés par leur base sur une large étendue et fixés à la

face postérieure de l'utérus, dans le corps même de cet organe, qui ne présente aucun vaisseau important à cet endroit. Le point le plus élevé est situé près du fond utérin, le point le plus bas atteint l'isthme. Les deux ligaments liés forment ainsi une sangle large empêchant l'utérus de basculer en arrière. La hauteur même de cette sangle et sa fixation au corps utérin ne permettent pas à l'utérus de s'évader au-dessous d'elle et évitent la rétroversion secondaire post-opératoire.

Mais le procédé qui nous semble le mieux répondre aux données du problème, parce qu'en corrigeant la déviation utérine, il laisse au pelvis sa morphologie normale et à la cavité abdominale, sa statique habituelle, c'est celui du Pr MOCQUOT, connu sous le nom de Raccourcissement Intrapéritonéal des ligaments ronds. C'est celui que recommandent Roger COUVELAIRE et Abel PELLÉ, et que conseille Ch. MONOD.

On y associe l'oblitération du Douglas telle que l'a réglée MARION.

TECHNIQUE : 1^{er} Temps. — Oblitération du Douglas :

On mobilise l'utérus et on le porte en avant pour rendre accessible le cul-de-sac rétro-utérin : on faufile sous le péritoine près du fond du Douglas un fil en bourse qui est destiné à solidariser la paroi vaginale postérieure, la face antérieure du rectum et les parois latérales du Douglas. Pour cela on saisit le fond du cul-de-sac, on l'attire vers le haut et on passe tout autour du pli ainsi formé un fil sous-péritonéal qui est serré et noué après avoir enlevé

la pince. Au-dessus de ce premier fil, un deuxième formant une anse concentrique mais plus large, est placé de façon analogue, et noué à son tour. On place ainsi trois ou quatre fils, suivant la profondeur du cul-de-sac, étant donné qu'ils doivent être distants de deux centimètres et que le plus élevé doit répondre à l'insertion des ligaments utéro-sacrés.

2^e Temps. — Le ligament rond est sectionné à sa partie moyenne entre deux ligatures. Le péritoine est incisé le long et en arrière du segment externe du ligament rond, le long et en avant du segment interne. Une aiguille charge le ligament rond le plus près possible de l'orifice inguinal profond, ressort dans l'incision péritonéale, et charge l'un des chefs du fil tenant le bout interne, puis l'autre chef. Les deux chefs sont liés. La même manœuvre est exécutée en sens inverse pour le bout externe qui est fixé sous l'insertion interne du ligament rond. Suture fine sur le péritoine. Même manœuvre du côté opposé.

Cette opération est physiologique dans son sens le plus large, vis-à-vis des organes génitaux, vis-à-vis de l'intestin. Elle ne recèle aucun risque d'occlusion intestinale.

CONCLUSIONS

1^o Bien que satisfaisant à de nombreux points de vue et très en faveur auprès des chirurgiens, la ligamentopexie de Doleris n'est pas exempte de complications. Parmi celles-ci nous n'en avons retenu, dans notre travail qu'une seule, la possibilité de l'incarcération intestinale.

2^o Ces occlusions réalisent en clinique toutes les formes possibles. Apparaissant à un moment quelconque, de quelques jours à de nombreuses années après la ligamentopexie, elles ont le plus souvent une allure aiguë, plus rarement sub-aiguë. Précoces, il importe de les différencier des phénomènes sub-occlusifs post-opératoires.

3^o Les ligaments ronds tendus entre l'utérus et la paroi abdominale peuvent jouer le rôle d'agent d'étranglement, le plus souvent c'est entre les deux ligaments que pénètre l'anse intestinale. Elle peut s'engager aussi sous l'un d'eux. Il arrive même parfois que les deux ligaments s'accolent l'un à l'autre

pour former une bride médiane sur laquelle l'anse peut également se couder.

4^o Cette possibilité d'occlusion peut être évitée en améliorant la technique de l'opération de Doleris.

5^o Mais il existe d'autres procédés qui tendent vers le même but.

Parmi ceux-ci, nous donnons notre préférence à celui du Pr MOCQUOT connu sous le nom de Raccourcissement Intra-Péritonéal des ligaments ronds.

Conforme aux exigences physiologiques, il met à l'abri de cette grave complication et semble donner le maximum de garantie.

VU : *Le Doyen,* VU : *Le Président de la Thèse,*

TIFFENEAU

MOCQUOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Recteur de l'Académie de Paris,

ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- AMIEL. — Les indications de la ligamentopexie inguinale et abdominale. *Thèse de Toulouse*, 1932.
- AUVRAY. — Complications survenues à la suite d'une fixation de l'utérus à la paroi par intermédiaire des ligaments ronds. *Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1924.
- BAZY. — *Revue de Gyn. et de Chir. Abd.*, 1912.
- BÖHM. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1930.
- CABALLERO. — *Revue de Gyn.*, 1913.
- CAFFIER. — *Zentralblatt Gynäkologie*, oct. 1928.
- CARAVEN. — *Gyn. et Obst.*, 1901.
- COSTANTINI. — L'étranglement de l'intestin dans l'opération de Doleris. *Rev. de Gyn. et Obst. Prat.*, juil. 1927.
- COTTE. — Sur le cloisonnement du Cul-de-sac de Douglas. *Gyn. et Obst.*, 1936.
- COTTE et BERTRAND. — *Rev. Française de Gyn. et Obst.*, oct. 1937.
- COTTE et PEYCELON. — A propos de la technique de la fixation des ligaments de l'utérus suivant le procédé de Doleris. *Gyn. et Obst.*, Paris 1926.
- COUVELAIRE et PELLÉ (Abel). — *Bull. de l'Acad. de Chir.*, 1938.
- LE DENTU. — *Gynécologie*.
- DE GROOT. — Complications à la suite d'une ancienne ligamentopexie. *Congrès Méd.*, août 1934.
- DUPONT. — *Paris-Chirurgical*, 1921.
- DUVERGEY. — Dangers éloignés de l'hystéropexie abdominale. *Gaz. Hebd. de Méd. de Bordeaux*, 1920.
- GHUROFF. — La ligamentopexie dans l'incision transverse par suture des ligaments ronds à l'arcade crurale. *Thèse Paris*, 1935.

- (GUY André). — Contribution à l'étude des complications obstétricales et chir. des pexies utérines. *Thèse Paris*, 1937.
- HARVEN. — Occlusion après Doleris. *Soc. Belge de Chir.*, avril 1925.
- KRAFFT. — Occlusion interne. Suites opération Doleris. *Schweizer med. Wochenschrift*, 1925.
- LECÈNE. — *Thérapeutique chirurgicale*.
- LEIBOVICI. — *Rev. de Gyn.*, 1937.
- MACIAS DE TORRES. — Les inconvénients du Doleris.
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. *Revue de Gyn.*, 1909.
- MERIEL et RIENAU. — Technique opératoire de l'opération de Bantý Darpigues. *Gyn. et Obst.*, mars 1937.
- MICHEL. — Suites éloignées d'une opération de Doleris. *Bull. de la Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Paris 1925.
- MONOD. — Tactique opératoire des annexes de l'utérus.
- MOSSÉ. — Occlusion intestinale consécutive à une ligamentopexie. *Paris-Chir.*, 1923.
- NOVAK. — *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1932.
- PALMER et DAVID. — Histéropexie abdominale par le procédé de Doleris. Résultats. *Thèse Paris*, 1915.
- PELLANDA. — Un procédé de l'hystéropexie ligamentaire. *Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1925.
- PRAT. — Sur les accidents tardifs de l'opération de Doleris. *Gaz. Méd. de France*, 1^{er} déc. 1922.
- PROUST. — *Paris-Médical*, 15 déc. 1928.
- ROUHIER. — Lieu d'élection pour le passage intra-pariétal des ligaments ronds. *Rev. de Gyn. et de Chir. Abd.*, 1914.
— *Bull. de l'Acad. de Chirurgie*, mars 1939.
- SAZARAC DE FORGE. — Contribution à l'étude des ligamentopexies. *Thèse Paris*, 1927.
- SCHWARTZ et HUARD. — Réflexions sur l'hystéropexie. *Paris-Médical*, déc. 1932.
- VANVERTS. — *Rev. Obst. et Chir. de Lille*, juin 1925.
- VILLARD. — De la ligamentopexie par autoligature des ligaments ronds. *Rev. Franç. Gyn. et Obst.*, avril 1930.
- YOUVANOVITCH. — *Bull. Médical*, oct. 1938.

Imprimé par R. BUSSIÈRE
à Saint-Amand (Cher), France. — 12-6-1939.
